

**MEDICINA** Pubblicato il risultato degli esperimenti condotti sui reni di 42 pazienti

# Ipertensione, trovata la chiave la scoperta apre a nuove cure

## Team australiano svela l'enzima responsabile della patologia

*Soffrono di pressione alta  
15 milioni d'italiani  
La malattia minaccia  
anche i bambini*

di CARLA MASSI

ROMA - Sono stati utilizzati quarantadue reni di pazienti ipertensivi per identificare una delle cause genetiche della pressione alta. Quarantadue organi che erano stati asportati a malati di cancro. Con le ultime tecnologie genomiche i tessuti sono stati analizzati fino a scoprire qual è il meccanismo che fa diventare una proteina, l'enzima renina, la responsabile della malattia.

La novità dello studio condotto all'università di Sidney non sta tanto nell'aver individuato il colpevole del cronico rialzo pressorio quanto l'aver ricostruito tutti i passaggi che portano l'enzima a scatenare l'ipertensione. È la prima volta che, per cercare le origini della patologia, si utilizzano reni umani. Per questo, il lavoro guidato da Brian Morris docente di Scienze mediche molecolari dell'ateneo australiano, viene pubblicato sulla rivista scientifica internazionale *Hypertension*. Fino ad oggi, infatti, sono stati esaminati solo campioni di sangue o piccole porzioni tessuti prelevati con biopsia.

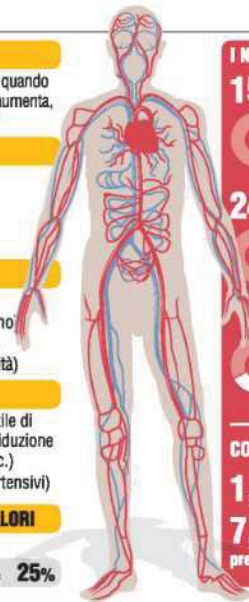
Questa volta i ricercatori hanno avuto a disposizione organi interi in grado di evidenziare, in ogni parte, le anomalie determinate dalla scarsità o dalla sovrabbondanza di un enzi-

ma. All'università di Sidney hanno scoperto che l'azione di materiale genetico fino ad oggi non sconosciuto (da due molecole, micro-RNA) ha un effetto disturbante nella produzione della renina da parte dei reni. Negli organi di persone con pressione alta il gene della proteina è sei volte più attivo mentre i micro-RNA lo sono sei volte di meno. Ciò vuol dire che la renina è in quantità maggiore nell'organismo quando i micro-RNA sono in quantità minore. L'obiettivo è quello di costruire dei farmaci in grado di intervenire proprio sui micro-RNA per modulare la renina e, quindi, intervenire sull'ipertensione.

Una malattia prima appannaggio solo degli adulti over 55 e ora minaccia anche per i più piccoli. I bambini delle elementari. In Italia sono 15 milioni le persone che combattono con la pressione alta ma solo una su quattro si cura e segue una dieta. Perché è una malattia silente, spiegano alla Società italiana dell'ipertensione arteriosa. Perché sono ancora pochi quelli che, almeno una o due volte l'anno, si sottopongono alla misurazione. Perché siamo un paese che mangia cibi molto conditi e non ha nessuna intenzione di abbandonare il sale (nel pane per esempio) pur di mantenere una pressione corretta. «Il valore soglia per stabilire se un soggetto è iperteso sono pari a 140 per la massima - spiegano alla Siiia - e 90 per la minima. I sintomi più comuni dell'ipertensione sono la pesantezza del capo, il malessere generale, le vertigini, i disturbi cardiovascolari. Ma va ricordato che l'80% delle persone con la pressione alta non presenta sintomi. Ma, in modo silenzioso, provoca ugualmente danni alle arterie, al cuore, ai reni e al cervello».

### L'ipertensione

- ?** **CHE COS'È**  
Condizione che si verifica quando la pressione nelle arterie aumenta, superando i livelli normali
- ?** **COMPLICAZIONI**
  - infarto
  - ictus
  - ipertrofia ventricolare
  - insufficienza renale
- ?** **LE CAUSE**
  - fattori genetici
  - ambientali (stress, fumo)
  - nutrizionali (eccessivo consumo di sale, obesità)
- ?** **TERAPIA**
  - miglioramento dello stile di vita (perdita di peso, riduzione del sale nella dieta, ecc.)
  - farmacologica (antipertensivi)
- ?** **LA RIDUZIONE DEI VALORI**  
Abbassa il rischio di
  - Ictus **40%**
  - Infarto **25%**



**I NUMERI IN ITALIA**

- 15 milioni di malati** della popolazione
- 30%** della popolazione
- 240 mila morti ogni anno**
- 40%** di tutti i decessi per malattie cardiovascolari
- 67%** non ha mai ricevute informazioni

**COSÌ NEL MONDO**

- 1,5 miliardi di malati**
- 7,5 milioni di morti premature ogni anno**

ANSA-CENTIMETRI



## L'INTERVISTA

## L'esperto: ma per i farmaci la strada è lunga

ROMA - «E' il primo passo verso terapie nuove contro l'ipertensione. Non solo farmaci per contrastare la pressione alta, ma armi in grado di intervenire sulle alterazioni genetiche che la scatenano». Giuseppe Germanò, docente di Medicina interna a La Sapienza di

Roma e tra gli autori delle linee guida sulla malattia della Società europea di ipertensione, vede una rivoluzione nella cura della pressione alta. Ma la vede molto lontana.

**Il nuovo farmaco non è vicino?**

«No, si deve aspettare. La novità importante sta nell'aver individuato il meccanismo d'azione della proteina. Anche se questa è responsabile solo per una parte dei pazienti».

**Vuol dire che la scoperta riguarda un gruppo di ipertesi e non tutti?**

«Riguarda solo coloro che hanno questo problema con la renina. L'ipertensione può essere determinata anche dal sistema simpatico, dall'adrenalina, dall'obesità. La strada aperta ci permette di ricercare le diverse cause».

**Ma oggi le cure sono per tutti uguali?**

«Assolutamente no. La terapia viene adattata secondo le risposte dell'organismo. Oggi, ripeto, usiamo farmaci cosiddetti sintomatici che non colpiscono i colpevoli. Domani potremo contare sulla farmacogenomica che va ad agire proprio sulle alterazioni».

**Le scelte a tavola, invece, sono uguali per tutti, vero?**

«La terapia medica da sola non può diminuire i livelli di pressione arteriosa se non viene accompagnata da una dieta povera di sale e da attività fisica. Che significa per tre volte a settimana almeno un'ora di cammino al giorno, anche divisa in due sezioni da trenta minuti».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



» **L'esperto** Il cardiologo interventista Antonio Bartorelli spiega la tecnica chirurgica adatta a risolvere il problema  
**«Operazione di 15 minuti e poi avanti con la cardioaspirina»**

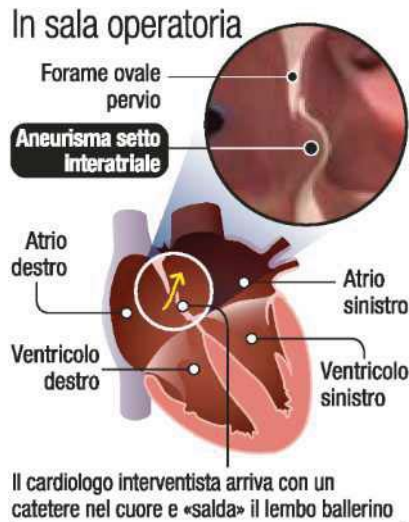
Il cuore è costituito da quattro camere, due a destra e due a sinistra. Le più piccole sopra, le più grandi e potenti sotto. Atri si chiamano le superiori. Ventricoli le inferiori. Il sangue che ha fatto il giro del corpo e ha bisogno di ossigenarsi arriva a destra, entra nell'atrio passa nel ventricolo e viene spinto nel giro polmonare. Prende l'ossigeno e rientra a sinistra, la parte del cuore più potente. Atrio, ventricolo, poi il viaggio nel corpo umano fino alle cellule più periferiche per ossigenarle, alimentarle. Tutto ciò dopo che si nasce. Prima, quando si cresce nel grembo materno, il sistema è diverso. I polmoni non funzionano e il sangue materno passa dall'atrio destro al sinistro tramite un foro aperto. Alla nascita, il foro si chiude. Nel giro di pochi mesi si incolla, si sigilla.

Non in tutti però. In tre persone su dieci non si chiude bene. Si chiama forame atriale pervio (Pfo, all'inglese). «Basta uno sforzo, un soffiarsi il naso con più violenza del solito per far passare un po' di sangue da destra a sinistra — spiega Antonio Bartorelli, cardiologo interventista del Monzino e dell'Università degli studi di Milano —. In una piccola percentuale di casi può passare un piccolissimo coagulo, un micro embolo, da destra a sinistra». Se il piccolissimo embolo, grande quanto una briciola di pane, prende la via di sinistra, ecco cosa accade: atrio, ventricolo, aorta e, se si è sfortunati, va su lungo i vasi che ossigenano il cervello. Lì può fare da tappo. È il Tia, l'attacco ischemico transitorio. Ed è questo che è accaduto ad Antonio Cassano. «Impossibile scoprire un Pfo se non quando dà segnali di sé, cioè innescando un Tia», dice Bartorelli.

Un intervento a bassissimo rischio chiude definitivamente il lembo ballerino con un «doppio ombrellino». La parola a Bartorelli: «Il doppio ombrellino è piegato nella punta di un catetere, che tramite la vena femorale si fa arrivare all'atrio destro. Lì apriamo il primo ombrellino nell'atrio sinistro, poi il secondo nell'atrio destro. Sei mesi di cardioaspirina e poi basta. Io effettuo l'intervento in anestesia locale, usando un altro catetere a ultrasuoni per vedere dentro al cuore. Un quarto d'ora e tutto è fatto».

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORRIERE DELLA SERA

Questo sarà il regalo  
 «Tra 2 o 3 anni  
 potrebbe tornare»  
 (Foto: M. Pappagallo)

**TOYS**  
 QUESTA SETTIMANA IL REGALO TE LO FA CLEMENTONI

(Foto: M. Pappagallo)

## Salute e portafogli

Risparmiare  
sui medicinali

Per chi evita le «marche» sconti a due cifre  
Ma a Milano le parafarmacie non decollano

16,2%

I **farmaci generici** sul totale dei farmaci venduti a Milano. In Italia la percentuale si ferma al 12,1 per cento

30

Le **parafarmacie** a Milano. In Lombardia, dove se ne contano 348, crescono al ritmo del 10 per cento l'anno

Costano meno e curano esattamente come quelli di marca. Sono i **farmaci** generici, in vendita a un prezzo inferiore rispetto ai loro corrispettivi griffati, con un risparmio per le tasche dei consumatori che arriva a toccare quota 60 per cento. Secondo una recente inchiesta di Altroconsumo, però la liberalizzazione del mercato è in una fase di stallo.

## Milano più cara

«L'apertura è iniziata nel 2006, con la riforma Bersani. Ed è, per ora, ristretta solo ai **farmaci** per l'automedicazione. I cosiddetti Sop e Otc, che rappresentano una fetta ridotta del mercato: circa il 10 per cento della spesa **farmaceutica** complessiva», spiega Laura Filippucci esperta di Altroconsumo che ha seguito l'inchiesta. Ma non solo. Se il tutto si traduce in un costo pro capite di 36,5 euro l'anno, negli ultimi 12 mesi s'è registrato un aumento dei prezzi del 3,9 per cento in tutti i canali di distribuzione. Cifra che supera l'inflazione e che dimostra come i benefici della liberalizzazione si stiano esaurendo.

A Milano poi, sempre secon-

do Altroconsumo, le farmacie risultano essere più care della media di altre città italiane (in particolare Palermo e Bari). Per Assogenerici, associazione nazionale industrie **farmaceutiche** generici, sembra inoltre che in tutto il Paese cresca il consumo dei **farmaci**, ma che l'aumento non corrisponda a un cambiamento dell'atteggiamento di acquisto. In questo panorama, tuttavia, la Lombardia si posiziona a un livello di incidenza più alto rispetto alla media (17,1 per cento dei generici comprati sul totale dei **farmaci** contro il 12,1 nazionale, secondo Ims Health Sellin Retail su elaborazione centro studi Teva Italia). E, in particolare, a Milano si registra il 16,2 per cento.

## Nulla da invidiare

Cifre che fanno ben sperare dunque, ma che deludono le aspettative. «Oggi solo un cittadino su 10 sceglie il **farmaco** generico, nonostante gli sia data l'opportunità di ottenere un notevole risparmio per sé e per il Servizio Sanitario Nazionale», spiega Giorgio Foresti, presidente di Assogenerici. Che aggiunge: «Eppure stia-

mo parlando di medicine messe in commercio con principio attivo, forma **farmaceutica**, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali al corrispettivo di marca».

Difficile capire le cause di tutto ciò. Si va dalla mancanza di informazioni al pubblico, passando per le rimostranze delle associazioni di categoria che dicono di vedere nell'eccessiva liberalizzazione del mercato dei rischi per la sicurezza dei cittadini, fino alla scarsità di norme specifiche che favoriscano la conoscenza e l'utilizzo dei generici. Ossia alla mancanza di una legislazione coerente.

Aumentare i **farmaci**

«In questo momento di grande incertezza e di grande crisi poco è stato fatto dall'attuale Governo per liberalizzare anche i canali di vendita, oltre che i prodotti», sottolinea Lino Busà, coordinatore nazionale dell'associazione nazionale parafarmacie italiane. E se si contano 348 parafarmacie in tutta la Lombardia, di cui solo 30 nella città di Milano,

con una crescita annua del 10 per cento dei punti vendita di questo tipo, «per arrivare a una liberalizzazione più ampia bisognerebbe autorizzarle a vendere anche i **farmaci** di fascia C. Ossia sul banco di questi esercizi dovrebbero arrivare anche le scatole a totale carico dei cittadini e utilizzate per patologie di lieve entità».

Proposta simile arriva anche da Altroconsumo per quanto riguarda l'estensione della lista delle medicine che possono essere «duplicare» come generici. Afferma Filippucci: «Se nel circolo virtuoso della liberalizzazione rientrasse altre classi di **farmaci**, come quelli con obbligo di ricetta, a carico del cittadino, le famiglie italiane potrebbero risparmiare di più. E adesso è quanto mai necessario».

Marta Serafini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Uso & consumo

Argomenti  
per tutta  
la settimana

**MARTEDI**  
La città  
degli animali

**MERCOLEDI**  
Casa  
e condominio

**GIOVEDI**  
Uso  
e consumo

**VENERDI**  
I piaceri  
del weekend

**SABATO**  
Genitori  
e figli

**DOMENICA**  
La città  
del bene



Farmaco di marca  
Farmaco generico

**FLUNNIXIL** 600 mg  
**ACETILC.PLIVA** 600 mg  
Principio attivo ACETILCISTEINA

Prezzo € 12,90  
Differenza € 5,40  
Prezzo € 7,50

**SPOBANOX** 100 mg  
**ITRACONAZOLO TEVA** 100 mg  
Principio attivo ITRACONAZOLO

Prezzo € 8,70  
Differenza € 1,20  
Prezzo € 7,50

**AUGMENTIN** 875 mg + 125mg  
**AMOXIC.AC.CLAVUL.D.R** 100 mg  
Principio attivo AMOXICILLINA TRIDRATA/POTASSIO CLAVULANATO

Prezzo € 10,20  
Differenza € 2,28  
Prezzo € 7,92

**TACHIPIRINA\*** 500 mg  
**PARACETAMOLO TEVA** 500 mg  
Principio attivo PARACETAMOLO  
\* Le farmacie scottano i farmaci da banco di marca

Prezzo € 4,00  
Differenza € 1,00  
Prezzo € 5,00

**MUSCORIL IM** mg 2 ml  
**MOVERIL IM** 4 mg 2 ml  
Principio attivo TIOCOLCHICOSIDE

Prezzo € 10,95  
Differenza € 2,65  
Prezzo € 8,30

**AULIN** 100 mg  
**NIMESULIDE GERMED** 100 mg  
Principio attivo NIMESULIDE

Prezzo € 4,43  
Differenza € 1,80  
Prezzo € 2,36

**TORADOL IM IV** mg 1 mg  
**KETOROLAC ACTAVS** 30 mg/ml  
Principio attivo KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO

Prezzo € 4,06  
Differenza € 1,90  
Prezzo € 2,16

Fonte: WikiPharm

## Acquisti Pa. Al via il primo bando

# Gare telematiche per i farmaci

ROMA

■ Parte dai prodotti farmaceutici il nuovo programma di razionalizzazione degli acquisti della Pa lanciato dal ministero dell'Economia. Nei giorni scorsi è stato affidato alla Consip il varo del primo bando del Sistema dinamico di acquisizione, uno strumento introdotto dal Codice dei contratti pubblici che consente alle amministrazioni di negoziare, in modalità totalmente telematica, gare sopra e sotto la soglia comunitaria (125mila euro per le Pa centrali e 193mila per tutte le altre), invitando tutti gli operatori economici qualificati ammessi al Sistema per l'intera durata del bando; 36 mesi prorogabili di ulteriori 12.

La scelta di partire dai farmaci è legata alla particolarità di questo settore di mercato. I prodotti farmaceutici rappresentano, infatti, una categoria merceologica caratterizzata dall'esistenza di diversi principi attivi e un elevato numero di fornitori. Caratteristiche che, secondo Consip, rendono l'iniziativa particolarmente adatta alla negoziazione online, consentendo significativi risparmi per amministrazioni e imprese.

L'impiego della piattaforma telematica gestita da Consip, per conto del Mef, consente una standardizza-

zione delle procedure e della documentazione di gara, una semplificazione delle modalità di partecipazione per le imprese e una significativa riduzione dei tempi di gestione della gara e di valutazione delle offerte per le amministrazioni.

Il Sistema dinamico di acquisizione - grazie alla creazione di un elenco di fornitori già ammessi e alla possibilità aperta a nuovi offerenti di aderirvi in corso d'opera - consente, inoltre, alle amministrazioni aggiudicatrici di disporre di un ventaglio particolarmente ampio di offerte. Semplificando, il nuovo sistema può essere assimilato a un «mercato elettronico» per acquisti in cui i processi di acquisizione da parte delle amministrazioni avvengono in seguito a confronti concorrenziali tra gli operatori ammessi al sistema.

A questo «mercato elettronico» potranno accedere le stazioni appaltanti (articolo 3, comma 33 del decreto legislativo n. 163 del 2006). A questa figura giuridica, oltre alle amministrazioni e agli enti pubblici, appartengono le società con capitale pubblico che producono beni o servizi non destinati a essere collocati sul mercato in regime di libera concorrenza e gli enti aggiudicatori.

**R.R.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## IL CASO

Le nuove cure  
boicottate  
dai medici

■ Molti medici lombardi non hanno aderito al nuovo sistema di assistenza dei malati cronici e sub acuti voluto dalla Regione. L'assessore Bresciani assicura: «Le misure funzioneranno».

**Maria Sorbi** a pagina 6



**IL CASO** Il no dei camici bianchi

# Riforma della sanità boicottata dai medici: la Regione tira dritto

*Solo in 50 a Milano applicano le cure extra ospedaliere*

*Ma l'assessore Bresciani è sicuro: «Le misure funzioneranno»*

**MINORANZA** Sono 400 i medici lombardi che applicano le cure ai cronici

## LE CRITICHE

«Così si personalizza il rapporto con i pazienti. Altro timore sono i costi»

**Maria Sorbi**

■ Troppi dubbi. I medici lombardi sono scettici e, almeno per il momento, non hanno aderito in massa al nuovo sistema di assistenza dei malati cronici e sub acuti voluto dalla Regione. Un sistema basato su cure extra ospedaliere e che permetterà di spendere 190 euro al giorno per assistere un paziente sub acuto contro gli 800 euro per le cure in ospedale. In tante province la novità è stata praticamente boicottata anche alla seconda chiamata del Pirellone.

A ranghi ridotti ma si parte lo stesso, chiacchiato. In totale sono circa 600 i camici bianchi che hanno deciso di collaborare con il nuovo modello di assistenza ai cronici (diabetici, ipertesi, cardiopatici): a Milano hanno aderito solo in 50

per 13mila malati cronici, nell'area di Melegnano idem, circa 80 i medici accreditati a Como per 80mila pazienti, 40 a Lecco. L'unico caso anomalo, dove si registra un autentico boom, è quello della provincia di Bergamo, che conta 400 adesioni per l'assistenza ai cronici. Nel bergamasco l'Ordine dei medici ha particolarmente spinto per appoggiare la sperimentazione regionale. Non è avvenuta la stessa cosa a Milano e dintorni.

Per quanto riguarda l'assistenza ai malati sub acuti (cioè i pazienti dimessi dall'ospedale ma non ancora in grado di tornare a casa), sono già stati individuati 118 posti letto in strutture extra ospedaliere a Bergamo, 97 a Brescia, 249 a Milano, 146 nell'area Melegnano, 54 a Como. «In tutto siamo in grado di assistere 136mila pazienti sub acuti - fa i conti l'assessore lombardo alla Sanità Luciano Bresciani - e va bene così. Entro l'anno ci siamo prefissati di arrivare a 1.146 letti e siamo già ar-

rivati a quota 800. Partiamo bene».

Reticenti i medici, soprattutto sull'assistenza ai cronici. «Il nuovo sistema non ci convince - spiega Roberto Rossi, rappresentante lombardo del sindacato dei medici Snami - Innanzitutto spersonalizza il rapporto tra medico e paziente perché a fissare visite e controlli sarà una centralinista che segue criteri uguali per tutti». I camici bianchi storcono il naso anche su un altro aspetto: i costi. Sono stati calcolati budget annui per i pazienti affetti da diabete, per i cardiopatici e per gli ipertesi: il programma prevede un certo nu-



mero di controlli, la somministrazione di una quantità prestabilita di **farmac**, una serie di esami. «Macosa succede se si sfora sui costi previsti? - si chiede Rossi a nome dei medici Snamì -. Il nostro timore è che, per rientrare nelle spese, si arrivi a somministrare **farmaci** meno costosi o a far fare esami in laboratori che magari acquistano kit di dubbia qualità in Pakistan». Insomma, i sindacati dei camici bianchi temono «un effetto livella» sulla sanità che «per evitare di sforare sui bilanci sceglierà le vie meno costose e non quelle di qualità». Accuse pesanti arrivano anche dalla Cgil medici che dietro l'assistenza dei malati cronici fuori dagli ospedali vede «un trucco per privatizzare». A rassicurare sull'efficacia del sistema è l'assessore lombardo alla Sanità Luciano Bresciani: «Il sistema funzionerà ed è in grado di migliorare la sanità lombarda. Portiamo l'assistenza ai malati sul territorio ed evitiamo i casi acuti di emergenza tenendo sotto controllo le malattie. Fra sei mesi aspettiamo una delegazione di canadesi che verrà a studiare il nostro sistema». A chi non crede nel nuovo metodo di cure, Bresciani replica: «Mentre gli altri piangono, noi rilanciamo».



## Banche private del cordone, un business senza crisi

l'inchiesta



di Giulia Lantini

*Cosa c'è dietro le ricorrenti, formidabili pressioni per aprire anche in Italia il mercato della «custodia» a pagamento di cellule cordonali? Un affare globale che ha già toccato i 4,5 miliardi di dollari e che gli analisti finanziari si attendono sfonderà presto quota 15 miliardi di fatturato. Le storie esemplari di due colossi del settore come Cord Blood America e China Cord Blood Corp*

**I**n un'economia mondiale sempre più in affanno c'è un business che non conosce freni: quello delle banche private del cordone ombelicale. Un'industria parallela a quella delle staminali, che dalle prime raccolte effettuate nel 1998 a oggi ha continuato a crescere senza sosta. Il bilancio globale di fine 2010 parlava di oltre un milione di campioni raccolti nelle banche private, cui vanno aggiunte le 450mila unità in quelle pubbliche. Difficile, però, offrire stime esatte al millimetro: non esiste infatti un censimento preciso del settore che a livello globale conta circa 300 operatori privati e almeno un centinaio pubblici. Tuttavia alcuni studi finanziari parlano di un tasso di crescita annuo del complessivo mercato delle cellule staminali del cordone pari al 27,5%, per un controvalore che nel 2010 avrebbe raggiunto quota 4,5 miliardi di dollari, destinati a diventare 15 nei prossimi quattro anni. Per i soli Stati Uniti e per la sola conservazione, si parla invece di un paio di miliardi di dollari, controvalore cui conta di arrivare entro il prossimo decennio anche la Cina. Quel che è certo è che con una popolazione mondiale in continua crescita e che proprio in questi giorni ha raggiunto quota sette miliardi di persone, gli spazi ci sono. E la competizione pure.

«**L**a crioconservazione del cordone e delle cellule staminali è un business sempre più in crescita – spiega Cord Blood America, società Usa quotata a Wall Street, nel suo ultimo bilancio –. Il nostro mercato si confronta con la concorrenza di altri operatori e fornitori di servizi. Chi ha maggiore accesso alle risorse finanziarie può entrare nel nostro settore e mettersi in competizione con noi». Insomma, vince chi ha più esperienza, ampie basi di clienti, buone relazioni con loro e significative risorse economiche, tecniche e di

marketing nonché pubbliche relazioni tali da potersi permettere una forza promozionale di grande impatto, con la capacità quindi di attrarre il maggior numero di clienti. «La concorrenza è già intensa – lamentava la società che ha chiuso il primo semestre del 2011 in perdita, ma con ricavi in crescita del 61% sul 2010 a 2,89 milioni di dollari –, se dovesse aumentare potrebbe intaccare i nostri ricavi e la profittabilità».

**P**er differenziarsi dai concorrenti, Cord Blood America ha deciso di puntare sulle relazioni strategiche con i più importanti assicuratori sanitari. «Un approccio diverso da quello dei nostri principali concorrenti che tendono a focalizzarsi su un modello farmaceutico tradizionale basato su rappresentanti che coprono gli ospedali e i ginecologi – spiega ancora la società di Las Vegas –. I nostri manager ritengono che concentrandosi sul rapporto con l'assicurazione sanitaria, benché il ciclo della vendita si allunghi, una volta stabilito costruisca fidelizzazione» e quindi garantisca «il ripetersi delle vendite». La strategia prevede poi che, contemporaneamente, si proceda con la diversificazione in tutti gli ambiti della crioconservazione, spaziando da «prodotti» come la placenta e i test del Dna a «differenti forme di staminali» da conservare. Senza contare la continua espansione territoriale, come quella che ha visto Cord Blood sbarcare in Germania e in Argentina come azionista di maggioranza di società preesistenti e investire come socio di minoranza in un concorrente spagnolo, oltre a stringere un'alleanza per la costruzione di un laboratorio per la conservazione in Cina.



**P**roprio il colosso asiatico rappresenta una meta molto ambita e tutta da esplorare. Ne sa qualcosa la China Cord Blood Corp, anch'essa quotata a Wall Street, ma attiva principalmente in Asia dove alla fine del primo trimestre 2011 aveva totalizzato 198mila clienti per ricavi in crescita del 22% a 13,5 milioni di dollari e utili per 6,2 milioni. Uno dei segreti del suo successo è l'accordo col sistema pubblico che in Cina concede una sola licenza per provincia e al quale la corporation offre i servizi di crioconservazione anche per i campioni donati. Una posizione ancor più privilegiata se si pensa che nel febbraio scorso il Ministero cinese della Sanità ha confermato che non intende concedere più di dieci licenze e che ne ha già assegnate sette. Anche se il tasso di penetrazione del business attualmente è inferiore all'1% della popolazione di nuove nascite e la società si attende una domanda «in significativa crescita».

## Un patto europeo contro le droghe sintetiche

*Un patto europeo contro le droghe sintetiche. Questo il piano concreto delle Istituzioni comunitarie, che in breve tempo hanno trovato un accordo per un giro di vite antidroga nell'Ue. La Commissione ha chiesto al Consiglio una decisione rapida, e questa è arrivata formalmente in settimana, con l'approvazione di vere e proprie linee guida per l'approccio futuro. Queste ultime prevedono che stati membri, istituzioni e agenzie collaborino per bloccare la produzione e il traffico delle droghe sintetiche, nonché il contrabbando di sostanze che possano essere usate per produrre (i cosiddetti precursori). Anfetamine ed ecstasy, infatti, sono realizzate a partire da composti chimici, e quasi ogni settimana una nuova droga sintetica entra nel mercato europeo. Molte sono prodotte all'interno dell'Ue e usano precursori disponibili legalmente. Per questo si sono guadagnate il soprannome di «legal highs» (euforizzanti legali). La produzione e il traffico di droghe illecite sono attività perpetrate da reti di criminalità organizzata che operano a livello transfrontaliero. Il patto perciò prevede che tutte le parti uniscano gli sforzi per affrontare questa sfida. Gli stati membri dovrebbero cooperare (anche con Europol ed Eurojust) per rintracciare, congelare e confiscare i proventi dei reati connessi alla droga. E per questo sono stimolati a creare squadre investigative comuni e a coordinare le attività. Così come a cooperare con i paesi terzi interessati. Lo scambio di informazioni su nuove sostanze e modelli di distribuzione (tramite il sistema di allarme rapido) è essenziale per smantellare le rotte di traffico ed evitare la rapida diffusione di nuove droghe. Altrettanto importante puntare sulla formazione delle autorità giudiziarie, sia per l'individuazione che lo smantellamento dei laboratori clandestini. Alle autorità doganali e di polizia, poi, occorrono al più presto dati accurati e aggiornati su metodi di produzione e tecniche investigative. Il nuovo patto integrerà il patto europeo di lotta contro il traffico internazionale di droga interamente dedicato a smantellare le rotte della cocaina ed eroina, adottato lo scorso anno. Nel 2010 l'Ue ha individuato una quantità record di sostanze: 41 a fronte delle 24 del 2009. E secondo un recente sondaggio Eurobarometro le nuove droghe sintetiche sono sempre più diffuse e il 5% dei giovani ammette di averne fatto uso: a percentuale più alta in Irlanda (16%).*

**Paolo Bozzacchi**



# Il fatto & le opinioni

A CURA DI ANTONIO SANFRANCESCO

## Tassare i cibi grassi?



**Margherita Caroli**

Nutrizionista ed ex presidente dell'European childhood obesity group.

«Il sistema sanitario di uno Stato non deve pensare solo a curare ma anche a prevenire e tutelare, per quanto possibile, la salute delle persone. Per questo», afferma Margherita Caroli, nutrizionista ed ex presidente dell'European childhood obesity group (gruppo di ricerca europeo sull'obesità infantile), «ritengo che introdurre una tassa "anti-grasso" sia sacrosanto».

«La sanità pubblica, in Italia e non solo», continua la Caroli, «spende pochissimo per la prevenzione e molto invece per la terapia e l'assistenza. Quando una persona non si comporta in maniera saggia ed equilibrata e mette a rischio la sua salute, per curare la quale i costi ricadono sulla collettività, è giusto che intervenga la legge economica aumentando il prezzo del cibo spazzatura, per scoraggiarne il consumo e rimpinguare le casse statali».

«Ovviamente», prosegue, «si dovrebbe abbassare il prezzo degli alimenti salutari, come la frutta o la verdura. Non dimentichiamo che i cibi ricchi di grassi, dalle merendine agli snack, costano poco e vengono acquistati soprattutto dai ceti meno abbienti».

«Con i soldi ricavati dalla tassa», conclude la nutrizionista, «si potrebbero finanziare campagne di educazione alimentare informando sui rischi che si corrono quando si abusa del cibo. Un provvedimento del genere non è un'intromissione nella vita privata delle persone ma una forma di protezione».



**LA GRAN BRETAGNA VUOLE INTRODURRE UN'IMPOSTA SUGLI ALIMENTI MOLTO CALORICI PER SCORAGGIARNE L'ACQUISTO E CONTRASTARE L'OBESITÀ. È UNA MISURA GIUSTA?**



**Nicola Sorrentino**

Dietologo e docente di Igiene nutrizionale all'Università di Pavia.

«Non serve a nulla. Ci hanno già provato con il fumo e non ha funzionato granché. Per risolvere l'emergenza obesità», spiega Nicola Sorrentino, dietologo e docente di Igiene nutrizionale all'Università di Pavia, «bisogna puntare su una campagna di educazione alimentare mirata, a cominciare dalle scuole, dove in passato si insegnava educazione civica, che adesso dovrebbe essere sostituita da quella alimentare. Non serve a nulla tassare i cibi grassi se a scuola ci sono i distributori di merendine e bibite o nelle mense pubbliche si servono pietanze ipercaloriche».

«La soluzione», prosegue il medico, «è quella di sensibilizzare giovani e adulti sul fatto che l'obesità non solo è una malattia, ma ne provoca anche molte altre, dai problemi cardiovascolari al diabete, che possono portare alla morte. Introdurre la tassa serve a poco: le persone riusciranno comunque a procurarsi questi prodotti».

«Inoltre», spiega Sorrentino, «non è vero che i maggiori consumatori di questi alimenti siano i ceti medio-bassi: lo stesso problema esiste, in termini meno drammatici, anche nelle classi più agiate. L'obesità è divenuta la seconda causa di morte in Occidente dopo il fumo ed è un problema sanitario, economico e sociale per il quale occorre trovare soluzioni efficaci».



## Pisa, rivede grazie a una microcamera È il primo paziente al mondo

■ A Pisa, per la prima volta al mondo, un'equipe medica dell'Azienda ospedaliero universitaria pisana ha restituito la vista, seppure parzialmente, a un paziente pratese di 60 anni. I medici hanno inserito nell'occhio dell'uomo una protesi dotata di microcamera collegata ad elettrodi che gli permetterà di uscire dal buio e distinguere almeno le ombre.

Dopo una sperimentazione di 9 anni, il dispositivo, denominato Argus II e messo a punto in California, è in grado di ripristinare una parziale capacità visiva in pazienti affetti da malattie degenerative della retina che causano una cecità quasi completa in entrambi gli occhi.

L'intervento è stato effettuato da Stanislao Rizzo, direttore del reparto di Chirurgia oftalmica dell'AouP. È il primo impianto di protesi retinica approvata per l'uso nella Comunità europea. «L'operazione - afferma l'AouP - è durata meno di 4 ore e fra 2 settimane, il tempo necessario all'occhio per ristabilirsi completamente dalla chirurgia, il dispositivo sarà attivato e calibrato per la funzione visiva del paziente. Da quel momento partirà la riabilitazione permettendogli di ottenere i migliori risultati possibili in termini di visione funzionale».

Il risultato pisano è stato salutato con enorme soddisfazione dall'assessore regionale al Diritto alla Salute, Daniela Scaramuccia: «Ricerca e innovazione sono fondamentali per migliorare le opportunità di cura dei nostri pazienti e la Regione Toscana continuerà a sostenere con politiche adeguate la ricerca e gli investimenti, perché l'eccellenza è il vero motore della crescita». ♦




 Diritto Trapianti

# Donare gli organi senza PAURA

Cris Little

Ogni giorno in Europa muoiono 12 persone in attesa di un trapianto. E sono 56mila quelle in lista per ricevere un organo per avere salva la vita o migliorarne sostanzialmente la qualità.

Per attrarre l'attenzione su questa realtà, dal 1998 il Consiglio d'Europa organizza, in partnership con uno Stato membro diverso ogni anno, una campagna di sensibilizzazione che trova il suo culmine nella Giornata europea della donazione e del trapianto di organi, celebrata il 22 ottobre. L'Italia è uno dei paesi europei con il maggior numero di trapianti ogni anno. Eppure nel 2010 sono morte 511 persone aspettando un nuovo organo.

## L'unica possibilità

Il trapianto d'organi rappresenta l'unica possibilità terapeutica in un

**L'Italia è tra i paesi con il maggior numero di espunti, eppure nel 2010 sono morte 511 persone in attesa di trapianto. A volte per colpa della poca informazione**

vasto gruppo di malattie degenerative, talora a evoluzione acuta, in cui la terapia sostitutiva non è sempre possibile. Nel 2009 sono stati eseguiti **3.200 trapianti**, ma ci sono tuttora 6.800 pazienti in attesa di un rene, 1.500 in attesa di un fegato e 702 in attesa di un cuore.

Nel 2009 l'opposizione alla donazione d'organi è stata del 30,3%, il minor numero si è registrato nella provincia di Trento (9,1%), il maggior numero si è registrato in Calabria (51,6%). La regione più generosa è la **Toscana** con un numero di 46,8 donatori effettivi per milione di abitanti, la Calabria di solo 6. Complessivamente, nel 2009, l'Italia ha avuto un numero di donatori di 21,3 per milione di abitanti. Dal 2008 al 2010 c'è stato un aumento di donatori solo dell'1%...

Quali le possibili spiegazioni a questo mancato incremento significativo del numero di donatori? È un fatto culturale? Ci sono motivi religiosi? Oppure sfiducia nei confronti del

sistema sanitario? Quanto pesano la disinformazione e/o le paure incondizionate?

Se partiamo dal presupposto che **nessuna religione** vieta la donazione d'organi. Non esistono limiti precisi di età: il fegato può essere prelevato e utilizzato anche da donatori di età superiore a 80 anni. Non è necessaria alcuna dichiarazione scritta di consenso alla donazione, ma è sufficiente esprimere verbalmente il consenso in vita: il prelievo d'organi è consentito **previa non-opposizione** dei familiari, che testimoniano dell'assenza di opposizione, in vita, all'espianto, da parte del proprio congiunto. Pur essendo previsti, in un prossimo futuro, il silenzio-assenso dell'individuo e la pre-dichiarazione in vita di rifiuto al prelievo, allo stato attuale il **consenso dei parenti** all'espianto è "conditio sine qua non", cioè la condizione indispensabile, al prelievo di organi.

Allora **perché mancano** gli organi per eseguire i trapianti? Credo si tratti di una articolata e delicata combinazione di inadeguata informazione riguardo il tema della donazione e del trapianto d'organi e, nello stesso tempo, paura di una morte apparente, su cui pesa la percezione della manipolazione del corpo.



In qualità di anestesista-rianimatore, obiettivo del mio lavoro è quello di fornire alla popolazione adulta e soprattutto adolescente, che rappresenta la società futura, un'adeguata consapevolezza della **morte cerebrale**, necessaria per superare la paura che gli organi vengano prelevati prima che il donatore sia morto davvero ("morte apparente"), colmando le lacune conoscitive relative all'accertamento di morte. Non entrerà nel merito, invece, del rifiuto di accettare la manipolazione del corpo.

### La morte "a cuore battente"

Il donatore d'organi è un soggetto cui è stata diagnosticata la "morte cerebrale" (cosiddetta "morte a cuore battente"). La morte cerebrale si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello, come stabilito dalla legge 578/93 e dal dm 582/94, e viene definita da: assenza di attività elettrica cerebrale (silenzio elettrico all'elettroencefalogramma), assenza di riflessi del tronco encefalico, assenza di respiro spontaneo.

L'**irreversibilità** del processo di morte deve essere testimoniata da una specifica **Commissione** costituita da un medico legale (o in sua assenza da un medico di Direzione sa-

nitaria o in assenza di questi da un anatomopatologo), un anestesista-rianimatore e un neurofisiopatologo (o in sua assenza da un neurologo o in assenza di questi da un neurochirurgo, esperti in elettroencefalografia), che valuta il paziente per un periodo di osservazione di **6 ore**, esclusi i bambini di età inferiore a **5 anni**, per i quali il periodo è di **12 ore**, e i bambini minori di 1 anno di età, che è protratto a 24 ore (la legge vuole mostrarsi ulteriormente **garantista** nell'età infantile, tenendo in considerazione la maggiore resistenza all'insulto da parte dei neuroni nel bambino).

Durante il periodo di osservazione di morte cerebrale per **tre volte** (in genere all'inizio, a metà e al termine) si effettuano i rilievi previsti dalla legge: la registrazione di un elettroencefalogramma della durata di **30 minuti**, la valutazione dei riflessi del tronco e il test di apnea. In alcune condizioni particolari (obbligatoriamente nel bambino di età inferiore a un anno e nelle condizioni cliniche in cui non siano valutabili i riflessi del tronco cerebrale e/o non sia affidabile la registrazione Eeg) è utilizzata la valutazione del flusso ematico cerebrale.

Una volta attestato lo stato di morte il paziente può essere candidato al prelievo di organi, a fini di trapianto. Attenzione: la "morte cerebrale" si differenzia dalle condizioni di coma e di stato vegetativo.

### Il coma è altro

Il "coma" è l'abolizione della coscienza, ma con attività cerebrale residua e mantenimento delle funzioni vitali. Lo "stato vegetativo" è caratterizzato dalla ripresa della veglia. In entrambi questi casi non si procede al prelievo degli organi.

La diagnosi di "morte cerebrale" non è peraltro finalizzata esclusivamente al prelievo di organi da cadavere, ma consente di interrompere l'erogazione di prestazioni sanitarie ad **altissimo costo** socio-economico in soggetti deceduti, cosiddetti "cadaveri a cuore battente".

Il paziente candidato al prelievo di organi rappresenta invece un **bene per la società** che deve essere tutelato e mantenuto in condizioni di perfusione ottimale anche post-mortem, per garantire le migliori condizioni possibili degli organi prelevabili indispensabili per salvare altre vite.

"...smise di battere. Ricominciò a battere". ■



# Persone Down nuove speranze

Cinque test clinici in corso con farmaci utilizzati per il trattamento dell'Alzheimer. Obiettivo: migliorare le funzioni cerebrali, e con esse la vita di bambini e adulti Down. I ricercatori americani ne sono sicuri: la cura è vicina. Ma è lotta contro il tempo: esami prenatali precoci permettono di individuare i feti affetti dalla sindrome, con ricorso massiccio all'aborto «terapeutico».

MOLINARI A PAGINA 3

## Un farmaco metterà le ali alla loro mente

*Usa, allo studio cure rivoluzionarie. Ma è lotta contro il tempo*

### il fatto

Una terapia per migliorare la vita di bambini e adulti Down è ormai alle porte. Ma nuovi test prenatali precoci potrebbero causare un forte aumento degli aborti «terapeutici»

I ricercatori di San Diego in California, guidati da William Mobley, esultano: «Finalmente sappiamo come funziona il cervello di chi è affetto da trisomia 21»

Cinque sono i test clinici in corso, tutti assai promettenti. Craig Garner (Stanford University): «Già oggi molti bambini Down prosperano, e con loro le loro famiglie»

DA NEW YORK ELENA MOLINARI

**W**illiam Mobley, presidente del dipartimento di scienze neurologiche dell'Università della California a San Diego, ha un sogno. Un dottore riceve una coppia che ha appena ricevuto la diagnosi prenatale di sindrome di Down per il figlio che aspetta. «So che siete confusi e preoccupati – dice loro il medico – ma la scienza ha fatto progressi





enormi negli ultimi anni. Vi assicuro che vostro figlio nascerà bene, non avrà malattie cardiache, lascerà l'ospedale velocemente, crescerà, andrà a scuola con gli altri bambini, andrà all'università, troverà lavoro, guiderà una macchina e si sposerà. E non si dovrà mai preoccupare di avere il morbo di Alzheimer. Penso che dobbiate saperlo prima di prendere una decisione».

Mobley e le decine di altri scienziati americani alla ricerca di medicinali che migliorino la vita di bambini e adulti Down sono convinti che non sia fantascienza. Perché la ricerca negli Stati Uniti non è mai stata così vicina a produrre una terapia che aiuti le 350 mila persone affette dalla sindrome nel Paese a vivere più a lungo e con meno problemi di salute. Ma i ricercatori devono muoversi alla svelta. La loro sfida è produrre risultati prima che la sindrome di Down scompaia per sempre dai Paesi sviluppati.

In un laboratorio di San Diego, non lontano da quelli dell'équipe di Mobley, infatti, altri scienziati studiano da tempo e con altrettante intensità la trisomia 21. Nel loro caso non con lo scopo di curarla, bensì di diagnosticarla. Per circa 1900 dollari intendono offrire ai futuri genitori la certezza che il nascituro sarà o non sarà "normale". Il loro lavoro è già sfociato in un test che sarà in commercio negli Stati Uniti da lunedì prossimo e permette di identificare la sindrome di Down durante il primo trimestre di gravidanza. Stando alla società che lo ha sviluppato, la Sequenom, l'esame del sangue è corretto nel 98,6 per cento dei casi, e senza i rischi connessi a pratiche invasive come l'amniocentesi o la villocentesi. Se questi numeri saranno confermati (la stessa società nel 2009 era stata travolta da uno scandalo dopo aver falsificato i risultati di un simile studio) si tratterebbe di un metodo più accurato e precoce di quelli offerti finora e che, la storia dei test prenatali insegna, porterebbe a un drastico aumento degli aborti di feti Down. Il tasso di interruzioni di gravidanza per motivi cosiddetti "terapeutici" (dopo l'identificazione di abnormalità nel feto) si impenna infatti all'indomani dell'introduzione di ogni nuovo strumento diagnostico. Questa volta la decimazione della popolazione Down coinciderebbe con la concreta possibilità di una vita indipendente e dignitosa per chi è affetto dalla sindrome.

L'annuncio della commercializzazione del test della Sequenom ha già compromesso la ricerca di Mobley e dei suoi colleghi. Da quando i nuovi esami prenatali hanno raggiunto la fase finale di sviluppo, i finanziamenti per i loro studi si

sono quasi prosciugati. I contributi arrivati dall'Istituto nazionale per la salute – un'agenzia governativa americana – sono crollati a 16 milioni di dollari. La ricerca per la fibrosi cistica, che colpisce meno di un decimo della popolazione Down, ha ricevuto 68 milioni.

Ma la squadra dell'Università di San Diego non si è arresa. Per raccogliere fondi ha cominciato a presentare alle agenzie governative e alle società **farmaceutiche** la sua ricerca come complementare a quella sul morbo di Alzheimer – una malattia che le persone Down spesso manifestano nel corso della loro vita. «Siamo così vicini – spiega Mobley. – Ora sappiamo come funziona il cervello di una persona Down. Sappiamo quale gene e quali recettori sono responsabili dell'inibizione dei contatti all'interno dell'ippocampo, che rendono la funzione cerebrale poco attiva, e sappiamo che possiamo cambiare queste funzioni. Non è nemmeno necessario ricorrere a terapie genetiche. Abbiamo bisogno solo di molecole, di enzimi assumibili per bocca».

Molti già esistono.

Attualmente negli Stati Uniti ci sono cinque test clinici in corso, tesi a valutare la capacità di medicinali in commercio di migliorare le funzioni intellettive delle persone Down. Il più avanzato, condotto da Alberto Costa in Colorado (si veda intervista in questa pagina), ha raggiunto la fase quattro, che analizza l'efficacia sulle persone, dopo aver dato risultati positivi sulle cavie da laboratorio.

Il test più recente è stato invece annunciato dalla Roche nelle ultime settimane. Il gigante svizzero ha reclutato 33 partecipanti per indagare sulla possibilità che una medicina usata per l'Alzheimer, la RG1662, riduca i difetti cognitivi associati alla trisomia 21. L'interesse di una delle più grandi società **farmaceutiche** del mondo ha dato speranza ai ricercatori, che sono a disagio di fronte alla mancanza di un dibattito sulle implicazioni dei nuovi test prenatali. «È importante comunicare che ci sono molti tipi di disordini genetici identificabili in utero e che una diagnosi di Down non è una condanna – spiega Craig Garner, dell'Università di Stanford – molti bambini Down prosperano, e così le loro famiglie». Nel mondo della genetica, come all'interno delle associazioni delle famiglie di persone Down, cresce infatti il timore che a offrire i nuovi esami sarà personale non al corrente dei passi avanti della ricerca. E i genitori riceveranno solo una serie di informazioni allarmanti. «Potremmo trovarci – conclude Garner – di fronte all'ultima generazione di bambini Down negli Usa».

**FINANZIAMENTI****QUEI MILIONI DI DOLLARI  
INVESTITI NEI TEST  
PRENATALI, E LE BRICIOLE  
ASSEGNATE ALLA RICERCA**

Nessun genitore di un bambino o di una ragazza con la sindrome di Down desidera "cambiare" il proprio figlio. Ma tutti li vorrebbero aiutare a essere più indipendenti. Le associazioni americane delle famiglie di persone Down da anni guardano con un misto di speranza e paura alla ricerca di una "cura" per i loro cari. Molti di loro non pensano che i loro figli siano malati, solo diversi. Un sondaggio condotto di recente in Canada fra famiglie con un membro affetto da trisomia 21 ha mostrato ad esempio che il 27 per cento non vorrebbe somministrare ai propri cari un medicinale di tipo psichiatrico, che abbia il potenziale di alterarne il comportamento. Un dato sorprendente per ricercatori appassionati come Alberto Costa o come William Mobley, che hanno dedicato la loro vita a migliorare la qualità dell'esistenza delle persone affette dalla sindrome. Il punto sul quale sia la ricerca sia le famiglie si trovano del tutto d'accordo è invece quello dei test prenatali. L'idea stessa che le società di biotecnologia investano milioni nello sviluppo di esami che portano a maggiori aborti di bambini Down manda su tutte le furie Cathy McMorris-Rodgers, deputata repubblicana della Camera Usa, che ha un bambino di quattro anni nato con la sindrome. «Quei soldi potrebbero essere usati per la ricerca di medicinali rivoluzionari – spiega – o per creare maggiori strutture di supporto per bambini come il mio. Che le società farmaceutiche cerchino profitti è scontato. Ma gli Stati e le agenzie governative, come l'Istituto nazionale per la salute, dovrebbero avere altre priorità nel distribuire i loro fondi».

**E. Mol.**